

資格喪失（取消）証明書発行願

組合員氏名		所属所名 (注1)	
組合員証 番号(6桁)		所属コード	TEL
組合員住所 電話番号	〒 - TEL ()		
該当者氏名(注2)		続柄	喪失(取消)年月日(注3)
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日
使用目的 (具体的に) (注4)			
送付希望先 住所氏名	住 所	〒 -	氏 名
公立学校共済組合神奈川支部長 殿			
上記のとおり、資格喪失（取消）証明書の発行を願います。			
年 月 日			
組合員氏名 (署名)			

- 注1 所属所名は組合員の最終所属です。
注2 該当者は複数依頼可能です。
注3 喪失年月日は退職日の翌日です。
注4 使用目的は具体的に記入してください。
注5 退職日、転出日より前に提出する場合は
所属所長が証明してください。

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 045-210-8179

(注5)
_____は、年 月 日
付けで 退職・転出 することを証明します。
年 月 日
所属所名・職名
氏 名

公印

〔記入例〕

資格喪失（取消）証明書発行願

組合員氏名	神奈川 太郎				所属所名 (注1)	神奈川県立〇〇高等学校							
組合員証 番号(6桁)	1	2	3	4	5	6	所属コード	4	×	×	×	TEL	〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇
組合員住所 電話番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 横浜市中区日本大通				TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇								
該当者氏名(注2)							喪失(取消)年月日(注3)						
1	神奈川 太郎				年	〇〇	年	4	月	1	日		
2	神奈川 花子				配偶者	〇〇	年	4	月	1	日		
3							年		月		日		
使用目的 (具体的に) (注4)	国民健康保険加入のため												
送付希望先 住所氏名	住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 横浜市中区日本大通〇〇				氏 名	神奈川 太郎						
<p>公立学校共済組合神奈川支部長 殿</p> <p>上記のとおり、資格喪失（取消）証明書の発行を願います。</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p>組合員氏名 神奈川 太郎 (署名)</p>													

政令市の場合は
共済所属コードを
参照してください。

- 注1 所属所名は組合員の最終所属です。
- 注2 該当者は複数依頼可能です。
- 注3 喪失年月日は退職日の翌日です。
- 注4 使用目的は具体的に記入してください。
- 注5 退職日、転出日より前に提出する場合は所属所長が証明してください。

(注5)

_____は、 _____年 月 日
付けで 退職・転出 することを証明します。

_____年 月 日

所属所名・職名 _____

公印

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 045-210-8179

**退職日、転出日より前に提出する場合は、
必ず所属所長の証明を受けてください。**